UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1950 N° 91

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BESNIER - BŒCK - SCHAUMANN

THESE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

Paul DEGRAVE

MEMBRES DU JURY.... MM. GADRAT, *Président.*
MOREL
GÉRAUD } *Assesseurs*
BAZEX
POULHES, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
Vve LION & FILS
2, rue Romiguières, 2
1950

Contribution à l'Etude du Traitement

DE LA MALADIE

DE BESNIER - BŒCK - SCHAUMANN

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL — MM. MERIEL — MM. RIBAUT
LAFFORGUE — VALLOIS — SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathol. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM. COULOUMA
Physiologie	BAISSET (M.)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHÈS
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT.	Chirurgie — MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie		MM. DEODATI
Physique Médicale		MARQUÈS
Obstétrique		PONTONNIER
Odonto-Stomatologie		MM. CADENAT
O. R. L.		CLAUX
Urologie		LHEZ (ch. d.f.)

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	LASSERRE
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	COLOMBIÉS
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1950 N° 91

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BESNIER - BŒCK - SCHAUMANN

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

Paul DEGRAVE

MEMBRES DU JURY.... MM. GADRAT, *Président.*
MOREL
GÉRAUD } *Assesseurs*
BAZEX
POULHES, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
Vve LION & FILS
2, rue Romiguières, 2
1950

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES PARENTS

Bien faible témoignage de mon immense affection et de ma reconnaissance infinie pour les sacrifices constants qu'ils se sont imposés.

A MA FEMME

A MON FILS JEAN

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

A MA TANTE ET A MON ONCLE

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT

Professeur de Thérapeutique

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREL
Professeur de Pathologie interne et de la Clinique de la Tuberculose

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERAUD
Professeur Agrégé de Médecine à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX
Chargé de Cours à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR POULHES
Maître de Conférence Agrégé d'Anatomie

Avec toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous font en acceptant de siéger à notre jury.

A Monsieur le Docteur R. VARENNES

Avec ma profonde reconnaissance pour les soins dévoués qu'il a prodigués à ma femme et avec mes remerciements les plus vifs pour les conseil éclairés qu'il m'a toujours donnés bien amicalement.

A MES AMIS

Le Docteur Jacques DURAND

Le Docteur Pierre CARBON

Jean TARBOURIECH Pharmacien

En souvenir de notre amicale vie d'étudiant.

INTRODUCTION

La Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann est actuellement bien connue en France, grâce aux travaux de Pautrier. D'allure clinique polymorphe, d'évolution le plus souvent bénigne, l'intérêt de son étude réside dans le problème étiologique. Les opinions sont différentes.

Basées sur des faits cliniques, sur des examens histologiques, bactériologiques, sur des réactions biologiques, trois théories essentielles ont vu le jour : une théorie tuberculeuse, une théorie lépreuse, et enfin la théorie d'un virus indéterminé. Certains auteurs même (E. Tornell), parlent d'une origine mycosique.

On conçoit dès lors les difficultés d'une thérapeutique qui veut toujours être spécifique. Elle se heurte à deux facteurs :

a) d'une part, l'ignorance profonde de l'étiologie;

b) d'autre part, la possibilité de régression spontanée, tout comme d'ailleurs la possibilité de récidives ou de formes remarquablement tenaces.

Certes les médicaments proposés jusqu'à nos

jours sont multiples et variés; mais les résultats obtenus sont plus ou moins probants.

L'apparition de la streptomycine a donné un élan nouveau à la thérapeutique du Besnier-Boeck.

A cette occasion nous avons, sur les conseils de notre Maître, Monsieur le Professeur Gadrat, essayé de procéder à une revue générale de cette question si discutée de la médecine moderne.

Le plan adopté est le suivant :

— Historique.

— Chapitre premier : Bref rappel Clinique.

—— Le Chapitre II sera consacré à l'étude pathogénique, étude nécessaire et capitale puisqu'elle conditionne en grande partie la thérapeutique.

— Dans le Chapitre III nous étudierons le traitement, en insistant particulièrement sur le rôle de la Streptomycine.

HISTORIQUE

Si les sarcoïdes ou lupoïdes miliaires de Boeck sont connus de longue date des dermatologistes, la « maladie de Besnier-Boeck-Schaumann », conçue comme grande maladie générale à manifestations ubiquitaires, est de connaissance relativement récente.

Le premier qui édifia cette théorie est indiscutablement J. Schaumann. Dès 1914, il montre que tous les aspects de la maladie peuvent être réunis ou dissociés en des formes cliniques où la signature histologique constitue « le seul fil conducteur ». Les éléments cutanés ne sont que l'efflorescence « visible » d'une prolifération disséminée du système réticulo-endothélial.

En France, le grand maître de Strasbourg, Pautrier, publie sa monographie en 1940. Elle reste la synthèse la plus complète parue sur le sujet jusqu'à nos jours.

Ainsi un certain nombre de localisations viscérales, osseuses, oculaires, sont rangées sous cette même rubrique et, peu à peu, se constitue le ta-

bleau clinique de la maladie. Son polymorphisme est tel que, tour à tour, le dermatologue, le médecin, le phtisiologue, l'ophtalmologiste, le chirurgien, sont appelés à porter le diagnostic de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Chapitre Premier

RAPPEL CLINIQUE

Il existe quatre principaux types de manifestations :

1) **Lésions cutanées.**

Elles se présentent comme des nodosités dermiques extériorisées, de la grosseur d'un noyau de cerise ou d'une noisette, de couleur jaune-brunâtre ou violacée, infiltrées, présentant à la vitropression des grains miliaires lupiformes. Evoluant avec une grande lenteur, elles siègent à la face, sur les membres, sur le tronc. Au niveau du nez et des mains, elles forment parfois des infiltrations en nappe, rouge-violacées, pâteuses.

2) **Lésions ganglionnaires.**

Les adénopathies ne sont pas tributaires des lésions cutanées et n'affectent aucun rapport topographique avec celles-ci. Elles ne sont pas éclatantes, doivent être recherchées avec soin. Indolores, torpides, elles traduisent une atteinte générale du système lymphatique et ganglionnaire.

3) **Lésions osseuses.**

Elles prédominent sur les phalanges des doigts et des orteils. Leur latence est complète. Jungling a montré que la radiographie décèle tantôt un aspect bulleux, tantôt un aspect polykystique. Il y a intégrité articulaire, absence de réaction périostée et, fait très important, ces lésions sont susceptibles de rétrocession.

4) **Lésions Pulmonaires.**

Tout comme la granulie froide de Burnand et Saye, elles sont une surprise radiologique.

Les radiographies peuvent montrer une quelconque des quatre images suivantes (qui peuvent d'ailleurs se succéder ou coexister) :

1. — Petites taches micro-nodulaires, à bords un peu flous, disséminées dans tout le parenchyme, associées à une exagération du dessin de la trame et réalisant tout à fait l'aspect d'une « granulie froide ».

2. — Nodules opaques, plus étendus, plus grossiers, dont la disposition en damiers irréguliers est évoquée par le terme de « grosses marbrures », et simule le ramollissement du parenchyme.

3. — Traînées fibreuses, irradiant vers les hiles.

4. — Ombres cycliques, arrondies, juxta-médiastinaless, adénopathies.

Il faut insister sur le fait que ces lésions sont torpides et silencieuses. Les sujets atteints présentent un bon état de santé générale. Ils sont apyrétiques et l'examen stéthoscopique ne révèle en général rien. Seule la radiographie pratiquée systématiquement permet de déceler les lésions.

FORMES CLINIQUES

1. — **Suivant le groupement des symptômes on peut voir :**

   — soit des formes cutanées pures;

   — soit des formes cutanées et ganglionnaires;

   — soit des formes ganglio-pulmonaires.

   Il est bien rare que toutes les manifestations coexistent chez un mêm esujet.

2. — **Association d'un syndrome de Heerfordt.**

   Dans cette formule l'auteur a groupé :

   — Une irido-cyclite bilatérale souvent grave, avec nodules iriens et cornéens,

   — une hyperthrophie bilatérale considérable des parotides avec sécheresse de la bouche,

   — une paralysie faciale et récurrentielle,

   — un état subfébrile continu

3. — **Lésions des Muqueuses nasales et conjonctivales.**

   Elles se manifestent sous la forme de petites granulations.

EVOLUTION

Exception faite des sarcoïdes conjonctivo-cornéennes, l'affection est dans l'ensemble remarquablement bénigne.

CONCLUSION

Cliniquement, la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann est bien la maladie « aux mille visages ». Mais les formes diverses sous lesquelles elle peut apparaître n'ont qu'une origine : l'atteinte du système réticulo-endothélial. Il faut donc traiter la cause avant les effets. Cependant le problème étiologique est encore obscur.

Quel est le primum movens qui déclenche cette réaction particulière de l'organisme ? Nous allons l'étudier dans le chapitre suivant.

Chapitre II

ETUDE PATHOGENIQUE

La Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann frappe avant tout les jeunes, de la première moitié de la vie. Elle a une prédilection pour le sexe féminin mais ne présente aucun caractère familial ou contagieux.

1. — THEORIE TUBERCULEUSE.

J. Schaumann considèle la maladie comme une lymphogranulomatose dont l'origine est une tuberculose bovine, torpide, initialement ganglionnaire et se généralisant par la suite à tout le tissu réticulo-endothélial.

— **Arguments cliniques :**

— Absence d'antécédents tuberculeux notables chez les malades.

— Par contre souvent éclosion d'une tuberculose classique avec virage de la cutiréaction, faisant suite à la maladie deBesnier-Boeck-Schaumann.

— **Arguments histologiques.**

La présence de quelques cellules géantes orientent souvent vers le bacille de Koch. Or, non seulement ces cas sont très rares, mais encore on sait que la cellule géante n'est plus un élément spécifique. On peut la retrouver au cours d'agressions, d'infections, de toxémies diverses.

De plus il n'y a pas dans le Besnier-Boeck de caséification.

— **Arguments biologiques.**

La cuti-réaction, l'intradermoréaction de Mantoux sont parfois positives. Les réactions de Kveim, de Warfinge, suggèrent une origine tuberculeuse.

Lemming, en 1942, vaccine au B. C. G. une femme chez qui le diagnostic de Besnier-Boeck a été porté, la cuti-réaction étant négative. Au point d'inoculation apparaît une lésion cutanée ayant la structure histologique typique de la maladie de Schaumann.

Ceci semble confirmer l'hypothèse du bacille tuberculeux bovin dans l'étiologie de l'affection.

— **Arguments bactériologiques.**

A l'appui de sa thèse, Schaumann a apporté un certain nombre de cas impressionnants où il a pu isoler du bacille bovin, et Romel (de Lausanne), a fait une constatation analogue.

— **Arguments thérapeutiques.**

Les médications antituberculeuses et, en dernière date, la Streptomycine, ont été appliquées au Besnier-Boeck. Quelques cas de guérison ont

été signalés, mais il faut reconnaître que ce médicament est loin d'être spécifique de la tuberculose. Les guérisons publiées doivent être sérieusement étudiées et ne peuvent être envisagées comme un test supplémentaire en faveur de l'étiologie.

2. — THEORIE LEPREUSE.

Reenstierna et Rabello constatent la fréquence de la lèpre au Brésil. Ils remarquent qu'elle peut affecter le système réticulo-endothélial. D'autre part, elle peut réaliser cliniquement le caractère sarcoïde dans les lésions cutanées, ganglionnaires, etc... De plus la structure histologique est analogue à celle de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. La rhinite est identique à la rhinite lépreuse et ne peut en être distinguée que par l'absence du bacille de Hansen.

Enfin la lèpre est capable de causer au niveau des os et des poumons des altérations qui, radiographiquement sont absolument superposables. Souvent il y a anergie tuberculinique.

Ici aussi l'argument thérapeutique a joué son rôle. L' « Antiléprol » est appliqué au Besnier-Boeck et chaque succès est considéré comme une preuve supplémentaire de l'origine lépreuse.

3. — THEORIE D'UN VIRUS INDETERMINE.

Pautrier ne croit pas à l'étiologie tuberculeuse, ni à l'origine lépreuse de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Il pense plus volontierrs à un virus autonome encore inconnu.

La théorie tuberculeuse ne résiste pas à une critique serrée :

— L'anergie tuberculinique est le plus souvent rencontrée; ;

— les examens de crachats ne révèlent pratiquement jamais de bacilles de Koch;

— les inoculations à l'animal, les cultures sur milieu de Löwenstein ou de Petragnani restent sans résultat.

De plus, la formule histologique s'oppose point par point à la formule tuberculeuse.

On sait que les Danois, chez lesquels l'affection est particulièrement fréquente, seraient plutôt portés à y voir une granulomatose infectieuse autonome, qui prendrait place entre la tuberculose et la lèpre.

Contre la lèpre jouent l'argument géographique et l'absence du bacille de Hansen.

CONCLUSION

La théorie de Pautrier est évidemment séduisante. A l'heure actuelle elle ne peut avancer aucun argument probant; elle ne fournit que des présomptions.

L'ensemble du tableau clinique et anatomique donne à cette affection une autonomie la différenciant nettement de toute autre. En somme elle fournit les éléments d'élimination de la tuberculose. De toute façon Pautrier écrit : « S'il s'agit de tuberculose, il faut bien reconnaître que c'est une forme entièrement nouvelle dont nous ignorons le premier mot ».

Bref, dans l'état actuel de nos connaissances, nous pensons qu'il est assez illusoire de vouloir

à tout pris donner une étiquette bactériologique au Besnier-Boeck.

C'est précisément à cette étiologie obscure, mal délimitée, que se heurte la thérapeutique .Il n'y a pas un traitement unique, mais des traitements, dirigés contre la tuberculose, contre la lèpre, d'autres enfin étant dénués de visées spécifiques. Chaque succès a tendance à être considéré comme un test de diagnostic. Mais peut-on systématiquement attribuer la guérison au médicament utilisé ? Cela semble assez osé car nous savons que la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann peut rétrocéder spontanément, d'une façon totale.

Chapitre III

TRAITEMENT

—L'étude étiologique de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann nous a montré combien les conceptions pathogéniques et la thérapeutique sont étroitement liées. Les indications de l'une semblent être fonction de l'autre.

L'utilisation encore récente de la Streptomycine a donné à ce problème un regain d'intérêt. Nous aidera-t-elle, non pas à dissocier la patiente synthèse que représente la maladie de Bernier-Boeck, mais à en mieux tracer les limites ? Question à laquelle nous nous efforcerons de répondre.

Nous nous proposons d'étudier successivement :

1) Le traitement des lésions oculaires : c'est celui d'une irido-cyclite banale.

2) Le traitement des lésions cutanées : Il ne peut avoir la prétention de guérir une maladie de système dont la lésion cutanée n'est qu'une manifestation. Son but est essentiellement esthétique.

3) Le traitement interne constitue la partie fondamentale de la question. Variant avec les diverses conceptions pathogéniques, il veut frapper le mal dans sa cause; nous l'étudierons dans cet esprit.

I. — TRAITEMENT DES LESIONS OCULAIRES

Comme dans toute iridocyclite, **l'atropine,** en mettant l'iris au repos, conserve toute sa valeur.

Mais s'il y a hypertonie, il faut recourir à l'**iridencléisis.** Monsieur le Professeur Calmettes signale un cas de Besnier-Boeck-Schaumann avec uvéite hypertensive bilatérale guérie par l'iridencléisis.

II. — TRAITEMENT DES LESIONS CUTANEES.

Les pommades, l'électrocoagulation, se sont avérées inefficaces.

. .**Les agents physiques :** Fensenthérapie, Radiothérapie ou Buckythérapie ont été utilisés tour à tour.

En août 1949, Charlotte Donlan signale les résultats obtenus par la Radiothérapie sur 11 cas traités (dont 10 confirmés par la biopsie). Doses : 1.500 à 2.000 r par doses quotidiennes de 100 à 200 r (200 kv, filtre de 0,5 m/m de cuivre, distance 50 cm). Nécessité parfois de 3.000 r pour obtenir la disparition des sarcoïdes (spontanée, dans un cas, 11 mois plus tard).

La **Cryothérapie** est susceptible d'améliorer très nettement les lésions.

Enfin, Snider rapporte en juillet-août 1949, les effets bienfaisants qu'il a obtenus avec la **Moutarde Azotée.**

Il présente 4 observations de sarcoïdes de Boeck généralisées et vérifiées par biopsie, toutes quatre avec rapide régression après un traitement de quatre jours (0,1 mg par kg. et par jour), renouvelé un mois plus tard, sans autres incidents que nausées, vomissements et leucopénie passagère entre 2-3.000.

CONCLUSION

Le traitement externe ne présente pas un grand intérêt. Les différentes formes de l'actinothérapie donnent d'assez bons résultats mais la cryothérapie semble d'efficacité plus grande; la moutarde azotée est d'utilisation trop récente pour pouvoir la juger convenablement.

Mais le plus souvent, les résultats n'ont été que passagers et encore ont-ils été obtenus aux dépens d'une atrophie ou d'une cicatrisation plus ou moins défigurante.

III. — —TRAITEMENT INTERNE.

A. — **Thérapeutiques sans visées spécifiques.**

1) **Arsenicaux associés à la Tuberculine.**

Les arsenicaux utilisés sont le cacodylate de soude, la Novarsenobenzol et surtout le Sulfarsenol.

Pautrier déclare n'employer pratiquement que la tuberculine associée au Sulfarsenol. Il utilise la tuberculine C. L. qui, avec la graduation de ses

3 boîtes de 12 ampoules, boîtes O. A. B. permet de partir du cent millième de milligramme de tuberculine. Le Sulfarsenol, par voie intramusculaire, en ne dépassant pas les doses de 0,36 - 0,42 grammes est fait à la dose totale de 5 à 6 gr.

Avec ce traitement, toujours bien supporté par le malade, ne déterminant aucune réaction, Pautrier déclare avoir obtenu en trois ou quatre mois la disparition de lésions cutanées typiques de la maladie de Besnier-Boeck. Dans d'autres cas, seule une amélioration a été notée.

A. Sezary a traité de la même façon un malade atteint de forme cutanée et pulmonaire. Il a fait plusieurs séries d'injections I. M. de Sulfarsenol et des inoculations intradermiques répétées de tuberculine au millième. Les résultats obtenus furent excellents.

2) **Bismuth.**

En Belgique, Dupont signale une guérison totale, depuis un an, chez un malade présentant des formes pulmonaire, ganglionnaire et cutanée, à la suite d'injections de Bismuth liposoluble.

Il est intéressant de noter l'observation publiée par Duverne.

Il s'agit d'un malade syphilitique présentant une forme cutanée et pulmonaire de la maladie de Besnier-Boeck. L'hydroxyde de bismuth provoqua une réaction des éléments cutanés, une élévation thermique après chacune des injections qui furent arrêtées après la troisième.

L'oleochrysis fut alors entrepris avec prudence, malgré l'apparition d'une albuminerie discrète peu avant. Après une cure de 2 grammes, atténuation considérable des éléments dermohypoder-

miques, bien meilleur état général; action plus discrète sur les lésions pulmonaires; disparition de la fièvre.

Conclusion

Ces diverses médications, arsenicales ou bismuthiques, associées ou non à la tuberculine, semblent donner des résultats intéressants. Mais il ne faut pas oublier que la fréquence des succès enregistrés est faible par rapport aux échecs subis.

B. — Thérapeutique antilépreuse.

Les Danois, fidèles à leur conception qui fait de la maladie de Besnier-Boeck une granulomalose infectieuse prenant place entre la tuberculose et la lèpre, ont employé l' « Antiléprol ».

Il se fait en injections I. M. ou I. V. de préférence aux doses de 1 à 2 cm^3. Parfois ces injections provoquent de vives douleurs et même de grands abcès.

Dans la plupart des cas Lomholt a répété les injections tous les jours, avec 1 cm^3,5 comme dose normale. Dans quelques cas de réaction fébrile la dose a été réduite à 1 ou 0,5 cm^3. Parfois, afin d'obtenir une action particulièrement forte sur un terrain où la tolérance était bonne, Lomholt déclare avoir même utilisé des doses de 3 cm^3.

Incidents après les injections :

Légère ascension thermique.

Parfois véritable accès qui disparaît dans les 48 heures au plus.

Mode d'action de l'Antiléprol.

D'après toutes les apparences, l'effet indiscutable de l' « Antiléprol » est symptomatique. Il semble agir sur le tissu granuleux chronique.

Après la cessation du traitement on a noté une élévation des éosinophiles qui reviennent à la normale ensuite.

Résultats.

Sur 12 cas de Besnier-Boeck (Lomholt) :

— dans 8 cas l'infiltration de la peau disparut dans un délai variant de 3 à 10 semaines.

— dans 4 cas : amélioration très sensible.

Conclusion.

Les résultats obtenus sont certes encourageants mais ils ne sont pas suffisants. Le traitement ne donne souvent qu'une amélioration. Sa cessation peut entraîner de nouvelles poussées. Mais cette étude est intéressante car elle apporte des arguments contre la théorie tuberculeuse. Lomholt fait remarquer que l' « Antiléprol » qui agit si bien sur les sarcoïdes de Boeck n'a qu'un effet très faible sur la tuberculose et sur les tuberculides de la peau. Ce même auteur constate que c'est au Danemarck qu'on a observé la plus grande fréquence des sarcoïdes de Boeck; en même temps c'est le Danemark qui possède la plus faible mortalité de tuberculose.

A l'encontre de l'opinion de Lomholt, il convient cependant de noter l'action efficace de l' « Antiléprol » dans certaines formes de tuberculose urinaire.

C. — Thérapeutiques dirigées contre la tuberculose.

1. Les Sels d'or.

Coste déclare avoir obtenu de très bons résultats avec la Crisalbine ou l'Allochrysine.

— La Crisalbine est utilisée par voie intraveineuse à la dose de 5 à 10 centigrammes par injection, à raison de une injection par semaine, 1,50 gr. par série.

— L'Allochrysine se fait intramusculaire à la dose de 5 à 20 centigrammes par injection, à raison de 1 à 2 injections par semaine, 2 à 3 gr. par série.

2. Le traitement de Charpy :

Calcium associé à la vitamine D^2 à haute dose (Stérogyl 15).

Degos et Lortat-Jacob ont ainsi traité deux malades et ont obtenu des succès intéressants :

PREMIERE OBSERVATION

Il s'agit d'une femme présentant de nombreux éléments cutanés, une image pulmonaire micronodulaire. L'histologie confirme le diagnostic de Besnier-Boeck. Le traitement à la vitamine D^2 est institué : deux ampoules de « Stérogyl 15 » par semaine pendant 4 mois. A ce moment disparaissent les images pulmonaires. Par la poursuite de la vitamine D^2 à la même dose associée au Calcium, l'effacement complet des lésions cutanées a été obtenu.

Les réactions tuberculiniques restent négatives malgré la guérison apparente de la maladie de Schaumann.

DEUXIEME OBSERVATION

La malade se présente sous le même aspect clinique — lésions cutanées identiques — et radiographique, mêmes images pulmonaires. Réactions tuberculiniques négatives.

Le 1er novembre 1947 : elle reçoit deux ampoules de « Stérogyl 15 » par semaine et 1 gramme par jour de gluconate de calcium per os. La cure est poursuivie à partir du 25 novembre par l'absorption d'une seule ampoule de « Stérogyl 15 » par semaine.

Le 24 décembre 1947 on note déjà une amélioration des lésions cutanées qui devient très notable le 21 janvier 1948 et qui s'accentue progressivement les mois suivants.

Le 15 avril 1948 : les lésions cutanées ont bien regressé, cependant les images micronodulaires pulmonaires ont totalement disparu. L'aspect radiologique est normal.

Le 24 novembre 1948 la malade est revue. Elle a toujours poursuivi le traitement à la dose de une ampoule de « Stérogyl 15 » par semaine. Les lésions cutanées ont disparu presque totalement : seule persiste une vague teinte rosée à ce niveau. Cutiréaction et intradermoréaction à la tuberculine restent négatives.

T. Jensen (Copenhague) rapporte un cas de Besnier-Boeck guéri à la suite d'un traitement intensif par la vitamine D^2. Une femme de 44 ans présentait de larges plaques cutanées depuis sept

ans. A l'examen on retrouvait des lésions de la muqueuse nasale, de légères modifications pulmonaires à la radiographie, et une réaction de Mantoux positive à 1 milligramme. Le diagnostic de sarcoïde de Boeck était vérifié histologiquement.

Le traitement par le « **Calciférol** » comporta une dose journalière de 150.000 unités pendant une semaine, puis de 300.000 unités pendant quatre semaines. Il dut être arrêté par suite de phénomènes d'intolérance : douleurs, vomissements, hypercalcémie, légère albuminerie. Quatre mois après l'arrêt du traitement, la guérison clinique et histologique presque totale survint brusquement. La réaction de Mantoux et les modifications pulmonaires, restèrent inchangées.

Enfin, A. C. Curtis et H. Taylor signalent cinq cas de sarcoïdose cutanée et viscérale grave singulièrement améliorés par le **Calciférol** et le **Dihydrotachystérol** à la dose de 600.000 unités par jour. Les réactions toxiques ont été constantes mais passagères.

3) **Les injections d'Antigène Méthylique, de B. C. G.,** si curieuses en ce qu'elles peuvent déclencher chez les sujets atteints de maladie de Schaumann une lésion sarcoïdique ,ne semblent pas avoir remporté de succès bien probants.

J. Watrin et R. Masson publient un cas de forme cutanée avec des éléments éruptifs généralisés et prurigineux. Dans le sang le taux des éosinophiles est de 12 %. La structure histologique confirme le diagnostic de Besnier-Boeck. Pas de cellule géante. Cutiréaction négative. Le traitement à l'**Antigène Méthylique** (trois boîtes

d'ampoules) entraîne la disparition des lésions en trois mois. Puis elles réapparaissent sous une forme différente de la première.

R. Sohier et J. Grégoire étudient le comportement de deux sujets atteints de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, après **vaccination par le B. C. G.** par scarification.

Chez le premier malade, tous les tests tuberculiniques faits avant la vaccination et demeurés négatifs jusque-là ,sont devenus brusquement positifs 84 jours après celle-ci, en même temps qu'on constatait une régression importante des lésions.

Chez le deuxième malade, la vaccination a permis d'obtenir l'allergie tuberculinique jusque là inexistante, sans qu'il y ait eu de réaction décelable au niveau des anciens tests. De plus on n'a jamais constaté une amélioration quelconque de l'affection.

4) La Streptomycine.

Lorsque l'ère des antibiotiques nous apporta la Streptomycine, médicament essentiellement actif dans la tuberculose, les partisans de la théorie tuberculeuse l'utilisèrent avec beaucoup d'espoir. On crut un moment avoir enfin trouvé, grâce à elle, la solution délicate du problème étiologique. En effet, certains cas de maladie de Besnier-Boeck traités par la streptomycine furent suivis de guérison. Mais dans d'autres cas de maladie de Besnier-Boeck patente, traités de la même façon, des échecs furent enregistrés. Ainsi en témoigne l'observation que nous a communiquée Monsieur le Professeur Gadrat. Il convient donc d'être très circonspect quant au rôle de la Streptomycine.

R. Rousseau signale un cas de guérison de syndrome de Heerfordt par la Streptomycine.

MM. Gerne, Rieux, Breton, Bonte et Del waulle publient l'action remarquable de la Streptomycine dans un syndrome de Besnier-Boeck-Schaumann avec diabète insipide, lésions osseuses et oculaires :

Une jeune fille de 24 ans présente depuis huit ans une maladie de Besnier-Boeck-Schaumann qui s'est manifestée successivement par : une ostéite de Jungling des doigts; des adénopathies sous-maxillaires; des lésions oculaires; un diabète insipide et une miliaire pulmonaire.

En janvier 1947 apparaissent une ostéite sternale et une tumeur blanche du coude dont l'étiologie bacillaire est prouvée par l'isolement de bacilles tuberculeux humains de virulence normale pour le cobaye.

La souche étant très sensible à la Streptomycine, on institue un traitement par cet antibiotique. Après administration de 42 grammes, la thérapeutique est interrompue pour intolérance. Malgré la brièveté de cette cure, 17 jours, on assiste au nettoyage radiologique rapide de la miliaire, à la disparition du diabète et à la régression, puis à la disparition des lésions osseuses, disséminées dans les os de la voûte crânienne, les côtes, les omoplate et le bassin. Deux autres cures, courtes et espacées, ont consolidé les résultats obtenus lors de la première cure.

Cette action remarquable de la Streptomycine constitue, pour ces auteurs, un argument de grande valeur en faveur de l'étiologie bacillaire du syndrome de Besnier-Boeck-Schaumann chez cette malade.

Dans l'observation qui suit, par contre, le syndrome de Besnier-Boeck-Schaumann, indemne de toute tuberculose surajoutée, n'a été influencé en rien par l'antibiotique. Dans ce cas particulier son échec paraît devoir être interprété comme défavorable à l'hypothèse d'une étiologie tuberculeuse.

OBSERVATION

(Communiquée par M. le Professeur GADRAT)

M^me^ S..., 39 ans, comptable, est atteinte brusquement vers la fin mai 1948 d'une importante tuméfaction des deux glandes parotides et sous-maxillaires. Elle est examinée pour la première fois le 21 juin : les glandes, parotides sont énormes, déforment le visage, indolentes, d'une consistance ligneuse; l'orifice de leur canal excréteur est un peu dilaté; les glandes lacrymales sont augmentées, palpables, et il existe un léger œdème des paupières; les sous-maxillaires ont repris un volume normal; la malade accuse une sialorrhée un peu rosée. Il n'y a pas d'adénopathie superficielle; le foie et la rate sont normaux; le tégument est intact.

Pas d'anomalies cardiovasculaires; T.A. : 13/7; ni sucre ni albumine dans les urines.

L'existence d'une très légère dyspnée avec signe d'Espine conduit à examiner le médiastin : la radiographie décèle de volumineuses images opaques bilatérales, à contours nets, polycycliques, occupant la partie moyenne du médiastin

et débordant de part et d'autre le profil cardio-aortique.

Il n'y a pas de fièvre; la malade accuse de la lassitude et un léger amaigrissement.

L'examen hématologique donne les résultats suivants :

G. R.	4.280.000
G. B.	7.800

Formule blanche :

— Polynucléraires neutrophiles..	75
— Polynucléaires éosinophiles..	3
— Lymphocytes.....	8
— Petits lymphocytes	8
— Monocytes	6

La Cuti-réaction tuberculinique est négative. L'examen sérologique est négatif.

Les divers éléments conduisent au diagnostic de Syndrome de Besnier-Boeck-Schaumann.

Dans le but de rechercher d'éventuelles lésions osseuses on fait pratiquer une radiographie des mains dont le squelette se montre normal.

La malade est mise au repos avec extraits hépatiques et iodure de manganèse pour toute médication.

Elle est revue le 23 juillet : les parotides ont repris progressivement un volume normal, mais la sialorrhée sanguinolente persiste. Les glandes lacrymales ont rétrocédé. L'aspect radiologique du médiastin est inchangé. L'état général est meilleur (reprise de un kilogramme). La dyspnée a disparu.

Le 6 octobre, la malade accuse un nouvel amaigrissement; la sialorrhée continue, bien que tou-

tes les glandes salivaires paraissent normales. Il n'y a toujours pas de fièvre. Les images ganglionnaires médiastinales persistent, mieux individualisées.

Un nouvel examen hématologique donne :

G. R.....	4.000.000
G. B.....	7.800

Formule blanche :

— Polynucléaires neutrophiles..	64
— Polynucléaires éosinophiles...	1
— Lymphocytes.....	20
— Petits lymphocytes	10
— Monocytes	5

Le 1er décembre, la malade est revue pour une congestion conjonctivale persistant depuis un mois.

M. le Professeur Calmettes consulté, diagnostique une irido-cyclite bilatérale et constate la présence d'exsudats légers dans la chambre antérieure. Il conseille un traitement par cyanure de mercure intraveineux. Celui-ci est institué, mais l'irido-cyclite s'accentue.

On décide alors l'hospitalisation dans le service de M. le Professeur Tapie pour traitement par Streptomycine (6 décembre-. Les examens complémentaires alors pratiqués ne décèlent aucune nouvelle anomalie; l'azotémie est à 0 gr. 36.

Le traitement par la Streptomycine est institué le 8 décembre 1949 à la dose de 1 gr. 50 par jour; il déclenche le lendemain une poussée fébrile à 38°5 qui s'atténuera en trois jours; toutefois subsiste un léger fébricule avec quelques petits clo-

chers aux environs de 38°. Les traitement est bien toléré au début; il entraîne à partir du 20 décembre un syndrome vertigineux assez prononcé.

Les ganglions médiastinaux ne paraissent pas influencés : plusieurs clichés de contrôle montrent des images inchangées. La malade maigrit. L'état oculaire demeure fixe pendant le mois de décembre.

Vers le début de janvier la malade accuse une diminution de l'acuité visuelle avec vision trouble. M. le Professeur Calmettes et ses collaborateurs portent le diagnostic d'irido-cyclite hypertensive et estiment nécessaire une intervention destinée à diminuer le tonus oculaire.

Le traitement par Streptomycine est cessé le 13 janvier après une cure de 54 grammes.

Devant l'augmentation progressive du tonus des globes, la malade est transportée d'urgence dans le service d'ophtamologie.

Elle subit le 14 janvier une iridencléisis bilatérale (opération de Holth) qui entraîne une normalisation immédiate du tonus oculaire.

La malade est revue le 1er février. Elle est amaigrie, la salivation a disparu. Les adénopathies médiastinales sont inchangées; l'état oculaire est stationnaire; les vertiges persistent.

Le 4 mars, la situation demeure la même à tous égards.

CONCLUSION

Cette observation réunit les éléments primordiaux du syndrome de Heerfordt que M. Pautrier a intégré dans le cadre de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Les résultats obtbenus par MM. Gernez-Rieux, Breton, Bonte et Delwaulle

et ceux publiés par Rousseau ne sont pas confirmés. Les lésions oculaires n'ont pas été améliorées par l'antibiotique et c'est même pendant la cure que s'est manifestée la poussée bilatérale; l'atteinte des glandes salivaires avait pratiquement cédé avant la mise en traitement et les adénopathies médiastines demeurent fixes depuis 9 mois.

A une époque où certaines indications de la Streptomycine sont encore à l'étude, cet échec est intéressant à rapporter; il est à mettre en opposition avec les résultats favorables obtenus dans un cas typique de sarcoïdes noueuses disséminées.

CONCLUSION GENERALE

Le problème de l'étiologie et du traitement de la Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann restent toujours dans le domaine de l'actualité médicale.

La théorie tuberculeuse a vu ces derniers temps son intérêt s'accroître en raison du progrès de la chimie du bacille de Koch et de l'amélioration de nos connaissances sur les phénomènes allergiques. Il faut reconnaître que cette théorie est la seule à apporter un commencement de preuves. Mais il est aussi évident que de nombreux cas ne ressemblent en rien à une tuberculose même atypique. De plus, on remarque que la maladie de Besnier-Boeck subit en général une involution dans ses caractères typiques, lorsqu'elle se complique de tuberculose.

Pour l'instant, le problème étiologique est encore irrésolu. Si l'argument géographique permet quelquefois d'accorder une présomption d'origine au bacille de Hansen, certains autres cas semblent dériver d'un virus totalement inconnu.

De tout temps la thérapeutique s'est efforcée d'apporter une solution élégante. Mais la preuve qu'elle peut fournir en faveur de telle ou telle théorie reste discutable; nous avons vu en effet que dans la maladie de Besnier-Boeck, une rétrocession spontanée est toujours possible, une récidive à envisager.

Cependant il est curieux de noter que des thérapeutiques différentes peuvent être efficaces

dans certains cas de réticulose épithélioïde, alors que ces mêmes thérapeutiques échouent dans d'autres cas.

L'apparition de la Streptomycine a fait revivre des espoirs, a renforcé des opinions, mais n'a pas levé le voile. Dans l'observation de MM. Gernez-Rieux, l'intrication de lésions tuberculeuses rend l'appréciation des résultats obtenus fort difficile.

A notre avis, la Streptomycine **peut être tentée** lorsque la maladie revêt l'allure clinique de la tuberculose classique; **elle doit être faite** si la tuberculose vient compliquer une maladie de Besnier-Boeck patente.

Si la Streptomycine se montre active dans les sarcoïdes noueuses disséminéess — publication de M. le Professeur Gadrat — son efficacité dans les sarcoïdes de Boeck est loin d'être démontrée.

A vrai dire, nous ne possédons pas d'arme régulièrement efficace. Comme l'affection est, dans la règle, d'une grande bénignité, il convient de ne s'adresser qu'à des thérapeutiques prudentes, qu'on appliquera sous stricte surveillance médicale.

Le Président de la Thèse,
GADRAT

Vu : *Le Doyen,*
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
BRUSTIER

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 12 Juillet 1950,
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

Breton A. — La maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. (*Le Progrès Médical*, 30 mars 1940, n° 14-13, p. 284-288).

Coste. — Critères et frontières de la maladie de Schaumann (*Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 1-2, janvier-février 1945, p. 6-17, n° 5-6, mai-juin 1945, p. 109-124).

Curtis A. C., Taylor H. — Sarcoïdose. Résultats du traitement par diverses doses de calciférol et de dihydrotachystérol (*Journal of Investigative Dermatology*, t. 9, 1947, p. 131. *In Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 4, juillet-août 1949, p. 481).

Degos et Lortat-Jacob. — Maladie de Schaumann micro-nodulaire cutanée et pulmonaire guérie par la vitamine D_2 *Soc. de Dermatologie*, s. du 9-12-48, *in Presse Med.* n° 9 5-2-49, p. 128.

Donlan Ch. — Radiothérapie des sarcoïdes de Boeck (*Radiology*, t. 51, n° 2, août 1948, p. 237-239 - *in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 4, juillet-août 1949, p. 481).

Dupont A. — Traitement de la maladie de Besnier-Boeck par le Bismuth. *Arch. Belge Derm. syphil.* 3, 75, 1945; *in Brit. Jl. of derm. and Syphil.*, v. 60, n° 2, février 1948, p. 74.

Duverne J., Bonnayme R. et Perrot A. J. — Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann chez un syphilitique non modifiée par le bismuth, très améliorée par la chrysothérapie. (Sté Franç. de Derm. et de Syp. Filiale Lyonnaise, séance du 1er février 1948 *in Bull. de la Sté Franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 2, mars-avril 1948, p. 165).

Flandin Ch., Rabeau H., Basset A. — Maladie de Besnier-Boeck-Shaumann (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 12 décembre 1946, n° 12, p. 835-836).

Gernez-Rieux, Breton A., Bonte G., et Delwaulle P. — Syndrome de Besnier-Boeck-Schaumann avec diabète insipide, lésions osseuses et oculaires. Action remarquable de la streptomycine. Soc. Franç. de Pathologie Resp. 14 mars 1948, *in Presse Med.*, n° 43, 21 juillet 1948, p. 524.

Gougerot H. — Maladie de Schaumann (*Journal des Praticiens*, 24 juillet 1947, p. 345-348).

Heden K. — Le traitement de la maladie de Schaumann par injections intraveineuses par une substance renfermant des lipoïdes extraits de

bacilles tuberculeux et possédant les propriétés de la tuberculine. *Livre d'Or en l'honneur du Prf.J. Schaumann,* Stockolm, 1947.

JENSEN T. — Traitement de la maladie de Bernier-

Boeck par le Calciférol. *Nordisk Medicin,* t. 38, n° 14, 1948, *in Presse Med.,* n° 23, 6-4-49, p. 318.

KVEIM A. — Preliminary report on new and specific cutaneous reaction in Boeck/s sarcoïd (*Nord. Med.,* p. 169-172, 18 janvier 1941).

LOMHOLT S. — Action de l'antiléprol sur 12 cas de sarcoïdes de Boeck. *Bull. de la Soc. de Dermatologie et Syphiligraphie,* 1934, p. 1354-1362.

PAUTRIER L. M. — 1) Une nouvelle grande réticuculo-endothéliose. Maladie de Besnier-Boeck-Schaumman. (Masson et Cie, édit., 1 vol de 341 pages, 105 figures, Paris 1940 - *in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* t. 1, n° 3-4, mars-avril 1941) .

2) Quatre nouveaux cas de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann (*Bull. et Mém. de la Sté Méd. des Hôpitaux de Paris,* n° 12 à 16, séance du 24 avril 1942, 30 juin 1942, p. 153-155).

ROSENTHAL J., FEIGIN I. — La maladie de Boeck (Sarcoïdes de Boeck). Archives of Pathology, 45, 6, juin 1948, p. 681-683).

ROUSSEAU R. — Guérison d'un syndrome de Heerfordt par la streptomycine. Soc. Ophtalm. de l'Ouest, 21-6-48, *in Bull Soc. Opht.,* n° 7, août-sept., 1948, p. 504.

Santi M. — Réticulose épithéloïde diffuse (maladie de Besnier-Boeck-Schaumann). (*Minerva Medica*, an. 39, t. 35, n° 51, 22 décembre 1948, p. 751-756, *in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. 9 n° 4, juillet-août, 1949, page 479).

Sesary A. — A propos de la nosologie de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Les réticuloses épithélioïdes. (*La Presse Médicale*, n° 3, 19 janvier 1946, p. 26-27).

Snider G. E. — Traitement des sarcoïdes de Boeck par la moutarde azotée (*Southerm. Medical Journ.*, t. 41, n° 1, janv. 1948, p. 11-14 - *in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. 9, n° 4, juillet-août 1949, p. 482) .

Sohier R. et Gregoire J. — Rermarques sur le comportement après vaccination par le B.C.G. par scarification de deux sujets atteints de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann (Sté Méd. des Hôp. 6 juillet 1945 - *in Presse Médicale*, n° 29, 21 juillet 1945, p. 401).

Tapie J., Gadrat, Monier. — Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann avec manifestations parotidiennes, ganglionnaires et oculaires. Echec de la streptomycine. (*Bull. de la Sté Franç de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 2, mars-avril 1949, séance du 10 mars, p. 135-127).

Tornell E. — La maladie de Schaumann est-elle une affection mycosique ? (*Acta tuberculosea Scandinavica* t. 20, fasc. 2-4, 1946, p. 212-235 in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. 9, n° 4, juillet-août 1949, p. 471).

VERHAEGHE A., DRIESSENS, Mlle CORNILLOT, LORRIAUX A. — Réticulose histio-monocytaire chronique ou maladie de Besnier-Boeck-Schauman à forme ganglio-sphéno-pulmonaire. Traitement par la téléradiothérapie totale. (Sté de Méd. du Nord, S. du 2 octobre 1944, *in l'Echo Médical du Nord,* t. XV, n° 12, déc. 1944, p. 712).

WARFINGE L. E. — Sarcoïde de Boeck produite expérimentalement par une bacille tuberculeux humain virulent dans un cas de maladie de Schaumann. *Livre d'Or en l'honneur du Prof.* J. Schaumann, Stockolm, 1947).

WATRIN J. — La maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. (*Revue Médicale de Nancy,* n° 1, 15 avril 1944, p. 68-71).

ZWEIFEL E. — La maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. (*Journal des Praticiens,* n° 25, 21 juin 1941, p. 397. *Diagnostic et Traitements,* n° 2, mars-avril 1942, p. 161-164).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

Historique 11

Chapitre I. — Rappel clinique 13

Chapitre II. — Etude pathogénique 17

Chapitre III. — Traitement 22

1) Des lésions oculaires et cutanées 23

2) Traitement interne 24

Observation 34

Conclusion générale 39

BIBLIOGRAPHIE 41

Imp. Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières

Aa. 74. Dep lég. (1er trim. 50)